

La salute mentale in regione oggi

Roberto Mezzina

Franco Perazza

Renzo Bonn

Ex-direttori di DSM

Pordenone, 6 dicembre 2024

Quadro nazionale

- 46 anni della **L. 833 (180)** / Centenario nascita Franco Basaglia / FVG l'ha anticipata (Gorizia e Trieste, ma anche Pordenone e Udine) ne ha dimostrato **l'applicazione effettiva – riconosciuta dall'OMS** (2001, 2005, 2021, 2022) come **'rete completa di Servizi centrati sulle persone (sulla risposta ai loro bisogni) e basata sui loro diritti'**.
- La salute mentale ha anticipato il **modello di medicina territoriale** (distretti)
- **Calo 20% risorse umane in 10 anni** (SIEP). Parametrazione conferenza stato-regioni sbilanciata sui SPDC
- Quota per salute mentale del **FSN calata da 3,5% (FVG nella media) nel 2015 (SIEP) a 2,75%** (dato ministeriale) nel 2023 – atteso minimo 5%, come LMIC (Slovacchia; paesi asiatici)
- **Chiusura OPG e apertura Rems, 2014-17** / contenzione molto presente. Aumentata domanda di controllo sociale alla psichiatria dall'ambito della giustizia
- Servizi già **deprivati** durante covid (es. CSM chiusi, SPDC riciclati) in grande sofferenza oggi
- A fronte di una aumentata domanda (giovani 25% disagio), vi è una risposta con modello ambulatoriale medico difensivo, non globale (sui determinanti sociali) né intersettoriale, ma parcellizzato e compartimentato. Minore accessibilità, minor capacità di presa in carico.
- **UE: rapporto e risoluzione su modello globale, dicembre 2023.**
- **Già in audizione due DDL governativi con aspetti preoccupanti di regressione sul piano dei diritti e sostanziale smantellamento della legge Basaglia**

Come stiamo? Il FVG nel Rapporto Nazionale Salute Mentale

- I dati regionali inclusi nel Rapporto Nazionale Salute Mentale presentano **oscillazioni enormi** (ad esempio, da **173/10.000** ab. nell'anno 2018, a **111/10.000** ab. nel 2022, e a **255/10.000** nel 2023) – che ci interroga sulla qualità e la metodologia di raccolta dei dati.
- **Aumento progressivo del tasso dei TSO**, da 0,3-,0,4 per 10.000 ab. del 2016-7 a 1,0 del 2022 (nella media nazionale, ma sono contati i TSO ospedalieri e non quelli dei CSM: quindi è molto più alto). La regione aveva il tasso più basso d'Italia. **Triplicate le persone sottoposte a TSO a Trieste tra 2018 e 2023 (da 18 a 57).**
- Aumento degli **accessi in Pronto Soccorso** (da 7,34/1.000 ab. nel 2016 a 8,9 nel 2023- ma noi abbiamo i ricoveri nei CSM). (dati regionali, SISMI).

- 1) Progressiva e infine completa (voluta) **disapplicazione del Piano Regionale Salute Mentale del 2018**, che doveva realizzare il Piano d'Azioni nazionale per la Salute Mentale del 2013, approvato dalla conferenza Stato-Regioni. **Non sostituito** da alcun altro documento di programmazione complessiva.
- 2) Il **sistema informativo** non estrae dati e report, che possano essere diffusi agli operatori e resi pubblici, neanche i dirigenti li conoscono, e che siano utili alla valutazione di efficienza e di efficacia dei servizi, alla negoziazione di budget e agli obiettivi relativi. **SI NAVIGA A VISTA**
- C'è solo un '**piano di distruzione**' ?? **Aggressione politico-culturale, ma anche smontaggio di una eccellenza tecnico organizzativa (basso n. TSO, gestiti nei csm, no contenzione / servizi a porte aperte, no OPG (REMS all'avanguardia), riduzione suicidi, inserimenti lavorativi, rete di soluzioni per il diritto all'abitare, risposta globale, ecc).**
- Verso dove? Il privato?
- **Sofferenza famiglie e utenza** – conferenza Zuliano – regione assente.

(2) Personale: carenze quantitative e qualitative

- **Riduzione di organico**, in particolare infermieri e ora anche medici. Parziale incremento tecnici della riabilitazione psichiatrica.
- **Ricadute sui singoli casi**: presa in carico e continuità, riduzione interventi riferiti da o con altre agenzie, dimissioni forzate casi complessi
- **Formazione**: assenza di formazione coerente con il modello e le pratiche finora attuate con risultati positivi. Manca un piano per la formazione dato il turnover rilevante degli ultimi anni.
- Rischio grave di perdere la cultura del servizio e suoi aspetti operativi e gestionali peculiari (es.: mancata implementazione del manuale del CSM 24 ore in ASUGI).

Riduzione del personale

- Compromette la “presa in carico” delle persone con problemi complessi a favore di una pratica “ambulatoriale”
- Riduce la capacità di risposta ad altri servizi o istituzioni (es. carcere, unità di valutazione distrettuale, scuole, ecc.)
- Spinge a “dimissioni” forzate per allentare il carico del servizio
- Mortifica la prevenzione (scuole, MMG, altri contesti)

•

Manca di formazione

Manca una formazione che sia coerente con le pratiche fino ad ora seguite dai servizi (gestione della crisi, lavoro di rete, lavoro con le famiglie, ecc) aggravata con l'uscita degli operatori con più lunga esperienza

Il ruolo del privato sociale

Gli appalti attualmente in fase di avvio orientano esclusivamente su richieste di residenzialità (posti letto) facendo venir meno il tema del “lavoro” : da sempre strumento principe per la riabilitazione e l'inclusione sociale.

Organizzati su territori troppo estesi fanno perdere specificità e caratteristiche dei singoli territori, alleanze e rapporti significativi, capacità generative che richiedono sinergia con le singole realtà locali.

Fondo per l'autonomia possibile salute mentale

Uscito dalla fase di sperimentazione include anche altri servizi come i servizi per le dipendenze e per l'età evolutiva.

Questa operazione importante non ha visto il necessario ed indispensabile aumento delle risorse

Protagonismo delle persone

Cala l'attenzione al coinvolgimento delle famiglie e delle persone con disturbo per renderli interlocutori forti nella programmazione dei servizi

SALUTE MENTALE FVG

TEMI CHIAVE

1) L'ÉQUIPE

intesa come principale **strumento tecnico**, non ideologico, dell'operatività e della progettualità. L'attuale governo regionale tende a smontare le équipes esistenti per rompere la continuità, e parcellizzare il lavoro di gruppo:

A) IL PERSONALE E LE RISORSE

che si riducono e non vengono formate adeguatamente .

B) AMPLIAMENTO BACINI D'UTENZA E RIDUZIONE NUMERO CSM

- Ad esempio la lunga vicenda di via Gambini a Trieste, non ancora riaperto sulle 24 ore. Il CSM di Codroipo (destinato ad essere un 24 ore) ha ridotto l'orario ad 8 ore. Tarcento, un territorio non molto esteso, ma complesso è destinato alla chiusura ed i comuni che sono interessati verranno divisi tra i CSM di Cividale e Gemona.

C) I PRIMARIATI

- Si mettono nei posti di responsabilità persone che non hanno alcun legame con le **storie** e la **cultura** dei servizi, facendo vincere i concorsi di primario a persone scelte **non per competenza**, quanto **per la NON conoscenza del servizio e del territorio**.
- Ad Udine si fa vincere una persona proveniente dal pordenonese ed a Pordenone una proveniente dall'udinese. Si invertono i responsabili tra l'SPDC di Udine ed il CSM di Domio, con l'evidente strategia di rompere la continuità

D) ROTTURA DELLE ÈQUIPE FUNZIONANTI

- Si spostano di sede operatori esperti, che conoscono reti sociali ed istituzionali dei loro contesti di lavoro, e sono conosciuti.

F) FRAMMENTAZIONE E MONETIZZAZIONE

- Si valorizzano tutti i lavori **parcellari** e facilmente **quantificabili** , a scapito di quelli **complessi**, ma difficilmente misurabili in termini di **costi rimborsabili**.

3) PERCHÉ ?

- A) una sola spiegazione razionale. Il lavoro d'equipe produce un **plusvalore in termini di efficacia**, ampiamente dimostrato su un tipo di sofferenza che nasce da situazioni complesse ed ha bisogno di risposte articolate e non puntuali che **solo il servizio pubblico garantisce**.

- B) Tale livello di complessità è molto **produttivo** sotto il profilo **qualitativo** dei risultati di salute, ma lo è molto **poco sotto quello del guadagno economico diretto**.
- Il problema è quindi la difficoltà a quantificare economicamente questo tipo di prestazioni. Il Privato più che essere privo delle capacità necessarie per fare queste cose, che comunque richiedono formazione, esperienza, attitudine, **non è assolutamente interessato**, perché non sono prestazioni a cui è possibile attribuire un **prezzo standard unitario da remunerare**.

- **C) l'abbassamento degli standard qualitativi** della risposta del pubblico, che viene così ottenuta diventa un **pretesto** per vendere la risposta privata, presunta tecnica, come preferibile.

Lavoro in equipe svalorizzato

- Tutte le informazioni che raccogliamo mostrano come vi sia una **svalorizzazione** costante nell'attenzione all'**équipe**, alle **continuità operative**, all'**attenzione**, all'**interazione** ed **integrazione tra servizi diversi**.
- Sono certamente cose che chiedano tempi che il taglio delle risorse impediscono, ma sono anche lo strumento ineludibile per garantire la **qualità di una risposta** che ha fatto riconoscere il modello di Servizi della nostra regione come esemplare da parte dell'organizzazione mondiale della sanità.

Conclusione (1): esiti sulla *workforce*

- Frammentazione
- Leadership deboli (eterodirette, manipolate dall'alto) e/o avulse dal contesto storico e operativo
- Demotivazione, impossibilità di esprimere le contraddizioni e lavorarci sopra, intimidazione, rassegnazione, inibizione iniziative e discussione interna
- Abbandono (dimissioni, precarietà, etc)
- Impoverimento culturale, operativo e pratico

Conclusione (2): Sistema 24 ore a rischio

- La situazione delle risorse concorre alla riduzione del n. dei CSM aperti sulle 24 ore: ad ASUGI, a Trieste via Gambini solo diurno, ma altri CSM non reggono.
- Riduzione del n. e dell'apertura dei CSM in ASUIUD – prospettata chiusura Tarcento, con ripartizione utenza tra Gemona e Cividale. A Codroipo riduzione orario a 8 ore.
- In ASFO le carenze di personale mettono a rischio la tenuta di un sistema che **non ha mai completato la copertura sulle 24 ore.**
- Conseguenze:
 - **Riduzione di copertura** (utenza abbandonata); **difficoltà di accesso**; **aumento dei ricoveri ospedalieri** in SPDC, anche dal carcere (carenze del servizio in carcere); **residenzialità dominante**: capitolati dei BDS sui posti letto e non su inserimento lavorativo; utenti in **REMS o residenze anche fuori regione** (caso Meran).
- Altre criticità del sistema:
- Riferimento ai distretti problematico; servizi sociali idem – difficoltà a funzionare come **sistema sociosanitario integrato**
- Integrazione con NPI carente a livello territoriale. Un unico servizio per **adolescenti e giovani** e per la transizione sta a Trieste. Particolarmente grave tenuto conto della mutata epidemiologia, con oltre il 40% dell'utenza sotto i 45 anni notevole complessità del disagio giovanile.

Proposte

- **Mantenimento del sistema 24 ore:** definizione sedi, stato edifici, parametrizzazione a popolazione, standard di personale
- Strumenti: **tavolo regionale** sulla salute mentale comprendente le associazioni dei cittadini e le amministrazioni locali.
- presentazione e **pubblicazione dei dati** epidemiologici e di esito, a livello regionale e aziendale; presentazione degli obiettivi e del loro risultato
- **piano della formazione** del personale al modello di servizio, inclusi i direttori di DSM.
- **Salute mentale adolescenti e giovani:** definire un modello regionale.
- Rilancio della **co-progettazione sui BDS**, evitando esternalizzazione con delega
- Protocollo regionale **psichiatria–giustizia** del 2015 riattivato; revisione del servizio in carcere a livello regionale.
- Istituzione di un **organo di revisione dei TSO** presso la regione in collaborazione con gli uffici del giudice tutelare.